

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

L'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés

Mallien, Michael

*Published in:*  
Journal du droit des jeunes

*Publication date:*  
2015

*Document Version*  
le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*

Mallien, M 2015, 'L'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés: une analyse des conditions requises par les lois des 28 mai 2002 et 28 février 2014', *Journal du droit des jeunes*, Numéro 342, p. 17-30.

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# L'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés. Une analyse des conditions requises par les lois des 28 mai 2002 et 28 février 2014

Michaël Mallien \*

***En 2014, la Belgique est devenue le deuxième pays au monde, après les Pays-Bas, à dépénaliser l'euthanasie des mineurs non émancipés. Après avoir rappelé les arguments avancés par les défenseurs de l'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés et ceux développés par ses opposants, cet article examine les différentes conditions auxquelles il doit être satisfait afin de pouvoir procéder à l'euthanasie d'un mineur non émancipé. Il se conclut par deux suggestions à l'intention du législateur, qui permettraient de mieux garantir les équilibres recherchés par les lois des 28 mai 2002 et 28 février 2014.***

1. La maladie et le décès d'un enfant<sup>(1)</sup> figurent incontestablement parmi les situations les plus dramatiques auxquelles le jeune lui-même, ses parents et ses proches peuvent être confrontés. Le 28 février 2014 la Belgique est devenue le deuxième pays au monde – après les Pays-Bas<sup>(2)</sup> – à dépénaliser, sous certaines conditions, l'euthanasie des mineurs non émancipés.

L'«extension» de l'euthanasie aux mineurs, comme l'indique l'intitulé de la loi de février 2014, n'a pas manqué de susciter de vifs débats au sein de la société. Les uns ont ainsi fait valoir que la vie constitue un droit absolu, garanti notamment par l'article 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme et que, de par leur jeune âge, les enfants et adolescents ne sont pas réellement en mesure de formuler une demande d'euthanasie en pleine connaissance de cause. D'autres ont avancé qu'il n'y aurait guère de sens de prolonger inutilement les souffrances de jeunes en phase terminale, que certains d'entre eux sont dotés d'une grande maturité et

qu'il n'existe aucun motif justifiant qu'ils ne puissent pas bénéficier de l'accès à l'euthanasie comme les majeurs (et les mineurs émancipés).

2. Après avoir rappelé succinctement les arguments avancés par les défenseurs de l'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés et ceux développés par ses opposants, nous examinerons les différentes conditions auxquelles il doit être satisfait afin de pouvoir procéder à l'euthanasie d'un mineur non émancipé.

Pour ce faire, nous procéderons non seulement à l'analyse des nouvelles conditions prévues par la loi du 28 février 2014<sup>(3)</sup>, mais nous nous arrêterons également sur celles qui étaient déjà reprises dans la loi sur l'euthanasie du 28 mai 2002<sup>(4)</sup> et qui s'appliquent désormais aussi aux mineurs. L'intérêt de cette double démarche est d'obtenir une vision globale de l'ensemble des conditions auxquelles il doit être satisfait afin de procéder à l'euthanasie d'un mineur non émancipé. Le rappel des dispositions qui se trouvaient déjà dans la loi de 2002 lors de son adoption, permet également, dans certains cas, de déterminer comment celles-ci devront être interprétées dans le cas spécifique de la fin de vie d'un enfant.

Ainsi, serons-nous en mesure de mettre en exergue l'équilibre trouvé par le législateur entre l'autonomie

\* Doctorant en sciences juridiques à l'UCL et avocat au barreau de Bruxelles

(1) En l'absence de précisions contraires, la notion d'«enfant» doit se comprendre dans la présente contribution au sens de l'article 1<sup>er</sup> de la Convention onusienne des Droits de l'Enfant du 20 novembre 1989 : «Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable». Pour des raisons de commodité nous excluons toutefois dans les présentes pages les mineurs émancipés de la notion d'enfant.

(2) Voy. loi néerlandaise du 12 avril 2001, spéc. art. 2.3 (mineurs entre 16 et 18 ans) et 2.4 (mineurs entre 12 et 16 ans) à consulter sur [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl).

(3) M.B. 12 mars 2014, n° 2014009093, p. 21053.

(4) M.B. 22 juin 2002, n° 2002009590, p. 28515.

qu'il a voulu reconnaître au patient dans son choix d'être euthanasié et les limites qu'il a entendu y apporter (notamment afin d'éviter certains abus), selon qu'il s'agit de majeurs (voire de mineurs émancipés) ou d'enfants. L'étude desdites conditions nous permettra également de montrer les points de fragilité (uniquement sur le plan «technique») du système mis en place pour les enfants par les lois de 2002 et 2014 et de formuler quelques suggestions afin d'y remédier.

## I. Quelques généralités à propos du système mis en place en 2002

3. Avant d'évoquer les débats ayant mené à l'adoption de la loi du 28 février 2014 et d'examiner les conditions auxquelles il doit être satisfait afin de pouvoir pratiquer l'acte légal, il convient de rappeler quelques généralités à propos du système mis en place en 2002. Celles-ci permettront de bien comprendre la logique qui avait été suivie et qui a été étendue aux mineurs non émancipés en 2014.

### A. Définition de l'«euthanasie»

4. Aux termes de l'article 2 de la loi du 28 mai 2002 il s'agit de «l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci»<sup>(5)</sup>. N'entrent donc pas dans le champ d'application de la loi les attitudes «passives» (par exemple, la cessation de tout traitement) ayant le décès pour conséquence ou des soins visant à réduire la souffrance sans avoir la mort pour finalité, mais dont un effet «collatéral» consisterait à en précipiter l'instant<sup>(6)</sup>. La question de savoir si le «suicide assisté» où le patient pose lui-même l'acte légal, mais où il reçoit l'aide d'un médecin relève du champ d'application de la loi précitée, est controversée<sup>(7)</sup>.

La définition n'apporte aucune précision en ce qui concerne la nature de l'acte qui doit mener au décès du patient. Cependant, l'article 3bis de la loi de 2002 réglemente la délivrance d'une «substance euthanasiante» par

les pharmaciens. La loi ne mentionne pas l'obtention d'autres moyens pouvant servir à mettre fin aux jours du malade. Il est dès lors permis de penser que le législateur a considéré que l'acte légal consistait à administrer une «substance» au patient (à injecter, à ingurgiter ou à inhaler)<sup>(8)</sup>.

### B. Une dépénalisation partielle

5. Il y a lieu de rappeler – comme l'ont d'ailleurs fait plusieurs sénateurs lors des débats qui ont mené à son extension aux mineurs non émancipés<sup>(9)</sup> – que la loi du 28 mai 2002, et par conséquent celle du 28 février 2014 qui l'a modifiée, n'ont d'autre objet que de procéder à une dépénalisation partielle de l'euthanasie. L'article 3, § 1<sup>er</sup> de la loi de 2002 commence en effet par mentionner que «le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction» s'il respecte les conditions qui y sont requises. Deux conséquences en résultent.

- Si lesdites conditions (que nous analyserons ci-après) n'étaient pas respectées, le médecin se rendrait coupable des crimes (assassinat et empoisonnement) prévus par les articles 394 et 397 du Code pénal qui les punit de la réclusion à perpétuité<sup>(10)</sup>. Toutefois, pour que lesdites infractions puissent lui être imputées, il est nécessaire qu'il ait eu conscience – ou à tout le moins qu'il n'ait pu ignorer – que certaines conditions prévues par les lois de 2002 et 2014 n'étaient pas remplies<sup>(11)</sup>.

Lorsque le médecin ayant pratiqué l'euthanasie a cru par erreur que les conditions que nous évoquerons étaient remplies, il n'a pas commis d'infraction. Il y a lieu, toutefois, de distinguer l'erreur invincible (où le médecin n'aurait pas pu se rendre compte qu'une ou plusieurs conditions n'étaient pas remplies) de celle qui ne l'est pas<sup>(12)</sup>. Dans le premier cas, il n'y a ni in-

(5) Pour une analyse de cette définition, voy. C. ROMMELAERE, «Euthanasie des 'enfants' et des 'démontés'... Réflexions sur les propositions de loi», Rev. dr. santé 2013-2014, p. 77, n° 5.

(6) Ibid. La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, instituée par les articles 8 à 13 de la loi du 28 mai 2002, a ainsi considéré que l'administration de grandes doses de morphine dans le but d'atténuer les souffrances du patient, mais qui peuvent également accélérer le décès, ne constituent pas une euthanasie – W. DE BONDY, «De eerste evaluatie van de toepassing van de euthanasiewet : capita selecta en kanttekening», R.W. 2005-2006, p. 91.

(7) Initialement, il était considéré que le suicide assisté ne constituait pas une euthanasie – cfr. G. SCHAMPS et M. VAN OVERSTRAETEN, «La loi belge relative à l'euthanasie et ses développements», Liber amicorum H.-D. Bosly, La Charte, Bruxelles, 2009, pp. 339-340 et l'avis de la section de législation du Conseil d'État auquel il y est référé. Depuis lors, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation semble considérer le contraire – W. DE BONDY, op. cit., p. 92. Adde : C. ROMMELAERE, op. cit., n° 5.

(8) Dans la pratique, les médecins injectent le plus souvent un anesthésiant appelé Thiopental suivi, si le décès n'est pas intervenu en quelques minutes, d'une injection de paralysant neuromusculaire. Dans quelques cas cependant, le patient ingurgite un barbiturique. Celui-ci a la mort pour conséquence dans un peu moins de la moitié des cas. Si tel n'est pas le cas, un paralysant neuromusculaire est injecté après la perte de conscience – rapport 2012-2013 de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, p. 9, à consulter sur [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be).

(9) Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/1. Voy. en particulier l'intervention de F. Delpérée lors de la discussion générale du projet de loi en commission au Sénat ainsi que les développements accompagnant la proposition de loi prise en considération – ibid., n° 5-2170/4, p. 26.

(10) Art. 394 : «le meurtre commis avec préméditation est qualifié assassinat. Il sera puni de la réclusion à perpétuité».

Art. 397 : «est qualifié empoisonnement le meurtre commis par le moyen de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées. Il sera puni de la réclusion à perpétuité».

(11) À propos de l'exigence du «dol» en matière pénale, voy. C. HENNAU et J. VERHAEGEN, Droit pénal général, Bruxelles, Bruylant, 1995, n° 349 et s. et L. DUPONT et R. VERSTRAETEN, Handboek Belgisch strafrecht, Louvain/Amersfoort, 1990, n° 420 à 424 (voy. spéc. n° 421 à propos de la nécessité d'avoir conscience de commettre l'infraction).

(12) C. HENNAU et J. VERHAEGEN, op. cit., n° 355 et 356 et L. DUPONT et R. VERSTRAETEN, op. cit., n° 447 à 449.

fraction, ni responsabilité civile<sup>(13)</sup>. Dans le deuxième cas, le médecin ne peut pas être poursuivi sur le plan pénal s'il a cru *de bonne foi* que les conditions étaient remplies, mais il peut y avoir lieu à indemnisation, sur le plan civil, du préjudice subi par les proches de l'enfant décédé<sup>(14)</sup>.

- Comme il n'a pas manqué d'être souligné lors des débats parlementaires précités<sup>(15)</sup>, aucune disposition desdites lois ne consacre un quelconque droit subjectif à l'euthanasie. Les représentants légaux du mineur (voire l'enfant lui-même) ne pourraient dès lors s'en prévaloir afin, par exemple, de solliciter en justice la condamnation de l'établissement où il est hospitalisé à faire en sorte qu'il puisse être euthanasié.

### C. La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

6. La loi du 28 mai 2002 a institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation composée de seize membres (juristes et médecins, professeurs d'université)<sup>(16)</sup>.

Chaque fois qu'un médecin a pratiqué une euthanasie, il lui incombe de remplir un «document d'enregistrement» et l'adresser à la Commission. Ce document fait mention notamment de l'affection dont souffrait le patient euthanasié et contient une explication justifiant que les conditions que nous analyserons ci-après (caractère insupportable, constant et inapaisable de la souffrance, demande volontaire, répétée, réfléchie et exempte de pressions extérieures...) ont été respectées<sup>(17)</sup>. Si la Commission estime que tel n'est pas le cas, il lui est loisible de lever l'anonymat dudit document pour procéder à mes mesures d'investigation supplémentaires et/ou pour en informer le procureur du Roi du lieu du décès du patient<sup>(18)</sup>.

La Commission a par ailleurs pour mission d'adresser des rapports bisannuels aux Chambres législatives, comprenant des statistiques, une description et une évaluation de l'application de la loi sur l'euthanasie<sup>(19)</sup>. Elle n'a

actuellement pas encore rendu de rapport depuis l'extension de l'euthanasie aux mineurs émancipés (et devrait le faire au cours de l'année 2015).

## II. L'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés : évocation succincte des arguments échangés au cours des débats parlementaires

7. Bien qu'une extension aux enfants et adolescents ait été envisagée dès son adoption<sup>(20)</sup>, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie réservait explicitement celle-ci aux majeurs et aux mineurs émancipés. Ainsi, ladite loi instaurait *de facto* une limite d'âge en deçà de laquelle l'euthanasie ne pouvait être autorisée, puisque conformément à l'article 477 du Code civil un mineur ne peut être émancipé avant de l'âge de 15 ans<sup>(21)</sup>.

Depuis lors, un nombre relativement important de propositions de loi ont été déposées en vue, notamment, de rendre l'euthanasie accessible aux mineurs non émancipés. Finalement, ce fut la proposition de loi déposée le 20 juin 2013 au Sénat par Ph. Mahoux (qui était déjà à l'origine de la loi précédente), J.-J. De Gucht, Ch. Defraigne et G. Swennen<sup>(22)</sup> qui mena – moyennant plusieurs amendements<sup>(23)</sup> – à l'adoption de la loi du 28 février 2014 (entrée en vigueur le 22 mars suivant).

### A. Arguments invoqués en faveur de l'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés

8. Un premier élément avancé par les auteurs de ladite proposition de loi et par ses défenseurs lors des débats en Commission au Sénat, est que les experts auditionnés ont généralement confirmé que, dans la pratique, «des soignants choisissent d'administrer à des mineurs des substances létales qui accélèrent ou causent le décès»<sup>(24)</sup>. Les défenseurs de l'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés ont donc voulu tenir compte d'une certaine réalité du terrain et semblent avoir estimé qu'il était inop-

(13) Par «responsabilité civile», il y a lieu d'entendre l'obligation d'indemniser la victime (in casu les proches de l'enfant euthanasié) du préjudice qu'elle a subi à cause de l'acte fautif – cfr. art. 1382 et s. du Code civil et H. DE PAGE, *Traité élémentaire de droit civil*, volume II-2, Bruxelles, Bruylant, 2013, pp. 1165 et s. Cette responsabilité se distingue donc de la responsabilité pénale en ce qu'il ne s'agit pas ici de rendre compte d'un acte incriminé à la société, mais uniquement des rapports entre l'auteur de l'acte fautif et la victime.

(14) C. HENNAU et J. VERHAEGEN, op. cit., n°s 355 et 356 et L. DUPONT et R. VERSTRAETEN, op. cit., n° 447 à 449.

(15) Voy. Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/4, p. 26. Voy. en particulier l'intervention de F. Delpérée.

(16) Art. 6 de la loi du 28 mai 2002.

(17) Ibid., art. 7.

(18) Ibid., art. 8.

(19) Ibid., art. 9. Ces rapports peuvent être consultés (en format PDF) sur le site [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be).

(20) Voy. Doc. parl. Sénat, session 2000-2001, n° 2-244, [www.senate.be](http://www.senate.be) et Doc. parl. Chambre, 49<sup>ème</sup> législature, n° 50-1488, [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be).

(21) Art. 477, alinéa 1<sup>er</sup> : «Le mineur ayant atteint l'âge de quinze ans accomplis peut être émancipé par le tribunal de la famille sur requête présentée par ses père et mère ou, en cas de dissentiment, sur requête présentée par l'un d'entre eux». L'article 476 du Code civil prévoit par ailleurs que le mineur est émancipé de plein droit s'il se marie. Il devra cependant y avoir été autorisé par le tribunal de la Famille conformément aux articles 144 et 148 du même Code.

(22) Voy. Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/1 et s., [www.senate.be](http://www.senate.be) (tant les amendements déposés en commission que ceux qui l'ont été par la suite) et Doc. parl. Chambre, 53<sup>ème</sup> législature, n° 50-1488, [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be).

(23) Ibid.

(24) Voy. Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/1, [www.senate.be](http://www.senate.be), p. 2.



portun que les pratiques évoquées ne soient pas encadrées sur le plan juridique. Les travaux parlementaires ne permettent cependant pas de déterminer si leur premier souci a été d'éviter au médecin pratiquant l'acte létal de s'exposer à des poursuites pénales, ou s'ils ont avant tout souhaité poser clairement des limites entre ce qui serait admissible et ce qui ne le serait pas (en prévoyant, par exemple, que la demande doit provenir de l'enfant lui-même, le législateur exclut expressément que le médecin prenne seul l'initiative d'abréger ses souffrances).

Un deuxième argument invoqué était que l'existence d'un âge en deçà duquel l'euthanasie ne pouvait être demandée par le patient (18 ans, ou à tout le moins l'âge auquel l'émancipation était prononcée, soit au minimum 15 ans), n'était pas satisfaisant. Les auteurs de la proposition de loi ont ainsi insisté, en se référant notamment à la position de l'Ordre des Médecins, sur le fait que l'âge civil et l'âge mental ne coïncident pas forcément<sup>(25)(26)</sup>.

Les défenseurs de l'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés ont par ailleurs rappelé qu'il est stipulé à l'article 12.2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients que s'il s'agit d'un mineur, celui-ci doit être «associé à l'exercice de ses droits» en fonction «de son âge et de sa maturité». De plus, «les droits qui sont énumérés dans ladite loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts»<sup>(27)</sup>. Pour les auteurs de la proposition de loi, il existait, en quelque sorte, une incohérence entre la disposition précitée et l'impossibilité pour les mineurs de solliciter l'euthanasie.

Enfin - et surtout - l'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés a été qualifiée «d'acte d'humanité posé en dernier recours»<sup>(28)</sup>. Ce faisant, les auteurs de la proposition de loi, suivis par ses défenseurs, ont avant tout eu pour objectif d'éviter aux enfants en fin de vie de subir inutilement des souffrances qui ne peuvent être apaisées par d'autres moyens<sup>(29)</sup>.

## B. Arguments invoqués en défaveur de l'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés

9. Les opposants à ladite extension de l'euthanasie ont, quant à eux, avant tout rappelé qu'il est ressorti des auditions des experts que les demandes émanant des mineurs sont presque inexistantes<sup>(30)</sup>. L'extension de l'euthanasie aux mineurs aurait donc avant tout une portée symbolique et serait inutile. Certains ont ainsi évoqué la quasi-absence de cas aux Pays-Bas où l'euthanasie des mineurs est pourtant possible depuis 2002 à partir d'un âge déterminé et sous certaines conditions<sup>(31)</sup>. De même, il a été rappelé que les rapports bisannuels de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation<sup>(32)</sup> ont révélé que les demandes d'euthanasie de patients âgés de moins de 20 ans sont rarissimes.

Certains sénateurs ont par ailleurs fait état de craintes plus fondamentales face à la proposition de loi. Ainsi, C. Thibaut a estimé, tout en rappelant le contexte socio-économique actuel et son éventuelle incidence future sur les moyens mis à disposition pour les soins de santé, qu'«il ne faudrait pas qu'à terme, des demandes d'euthanasie soient formulées pour des raisons d'ordre financier»<sup>(33)</sup>.

De même, un sénateur opposé à l'extension de l'euthanasie aux mineurs était-il d'avis que «les auditions n'ont pas permis d'identifier une solution acceptable qui permette de prendre en considération la complexité des demandes des enfants qui sont en souffrance», que «l'enjeu consiste donc à déceler les demandes qui sont le fait des parents» et que «le mineur reste une personne vulnérable, potentiellement soumise à certaines pressions»<sup>(34)</sup>. Une autre sénatrice a rappelé que «les oncologues indiquent que lorsque des enfants souffrant d'une forme de cancer disent qu'ils en ont assez, ils ne demandent pas réellement une euthanasie, mais insistent plutôt sur la qualité de leur fin de vie»<sup>(35)</sup>. De plus, les enfants remarquent parfois «la dépression ou la tristesse de leurs parents et (veulent) souvent rester loyaux envers eux en affichant un comportement «socialement correct»»<sup>(36)</sup>.

Ainsi, la principale crainte émise par les opposants à la proposition de loi était-elle fondée sur les pressions directes ou indirectes qu'ils risqueraient de subir

(25) Ibid., p. 3.

(26) La question de la fixation d'un âge à partir duquel l'euthanasie peut être sollicitée a par ailleurs constitué un sujet récurrent de débats en Commission parlementaire - Voy. Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/4, interventions des sénateurs C. Defraigne, F. Piryns, A. du Bus de Warnaffe, J.-J. De Gucht et E. Van Hoof, www.senate.be, pp. 9, 11, 14, 19 et 52. Certains se sont ainsi référés à l'avis des experts auditionnés qui ont insisté sur le niveau «extraordinaire» de maturité acquise par des adolescents face à la maladie et sur le caractère variable de la faculté de discernement «d'un individu à l'autre, d'une situation à l'autre» - Ibid. p. 4. D'autres ont considéré, au contraire, que le critère de la faculté de discernement repris dans la proposition de loi était tout aussi - voire davantage - arbitraire dans la mesure où celle-ci serait très difficile à déterminer dans la pratique.

(27) Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/1, www.senate.be, pp. 2 et 3. Certains sénateurs ont par ailleurs insisté sur le fait qu'il appartient au patient seul de décider de la manière dont elle entend mourir - ibid., n° 5-2170/4, p. 12.

(28) Ibid., n° 5-2170/1, p. 1.

(29) Ibid., n° 5-2170/4, p. 14.

(30) Un pédiatre auditionné a ainsi déclaré avoir été confronté à un seul cas en 30 ans de pratique - Ibid.

(31) Ibid., interventions des sénateurs C. Thibaut, A. du Bus de Warnaffe, B. Laeremans et E. Van Hoof, pp. 13, 14, 16 et 17.

(32) Ces rapports sont à consulter sur www.health.belgium.be.

(33) Voy. Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/4, www.senate.be, p. 13.

(34) Ibid., intervention du sénateur A. du Bus de Warnaffe, p. 14.

(35) Ibid., intervention de la sénatrice E. Van Hoof, p. 17.

(36) Ibid., p. 18.

et qui pourraient les mener à formuler une demande d'euthanasie.

Force est de constater que les défenseurs de l'extension de l'euthanasie n'ont pas directement répondu à ces objections et qu'ils se sont contentés d'insister, lors des débats, sur les garanties offertes par le système qu'ils entendaient mettre en place (vérification de la faculté de discernement par un psychologue ou pédopsychiatre, possibilité pour l'enfant de s'entretenir de sa demande avec les personnes de son choix...).

### C. Aboutissement au texte de la loi du 28 février 2014

10. Les travaux parlementaires démontrent que les arguments des uns et des autres ne semblent pas avoir fait évoluer les positions des défenseurs et des opposants à l'extension de l'euthanasie aux mineurs. Les votes des différents parlementaires semblent avoir pour une grande partie avoir été marqués par l'obédience idéologique de leurs formations politiques respectives, malgré le vœu exprimé à plusieurs reprises de dépasser les clivages traditionnels. Les motifs ayant mené le législateur à l'adoption de la loi du 28 février 2014 ne sont dès lors guère différents de ceux évoqués par les auteurs et les défenseurs de la proposition de loi.

Les débats menés (pour l'essentiel) au Sénat ne semblent pas avoir été vains pour autant. En effet, un certain nombre d'amendements à la portée significative ont été adoptés. Ainsi, l'accès des enfants à l'euthanasie a été limité (contrairement à ce que la loi de 2002 prévoit pour les majeurs et les mineurs émancipés) aux cas où ils subiraient des souffrances physiques insupportables et seraient atteints d'affections devant entraîner leur décès à brève échéance<sup>(37)</sup>.

Après sa promulgation, quelques recours en annulation ont été introduits (notamment par des associations «pro vie»<sup>(38)</sup>) contre la loi du 28 février 2014 devant la Cour constitutionnelle. Ceux-ci sont actuellement toujours pendants, sauf un qui a été déclaré irrecevable dans un arrêt du 19 septembre 2014<sup>(39)</sup>.

(37) Cfr. infra – n<sup>os</sup> 12 à 14.

(38) Voy. ainsi les recours en annulation introduits par les ASBL «Jeunes pour la Vie», «Pro Vita» et «Jurivie» et par deux particuliers (inscrits sous le n<sup>o</sup> de rôle 6030, 6033, 6034) – www.const.court.be.

(39) C. const. 19 septembre 2014, arrêt n<sup>o</sup> 131/2014, www.const.court.be. Le requérant faisait valoir qu'il existait une différence de traitement injustifiée entre le sort réservé aux personnes condamnées avant l'adoption des lois dépenalisant partiellement l'euthanasie et celles qui ne le seront plus dans le futur. Considérant qu'il s'agit en réalité d'un recours dirigé contre la loi du 28 mai 2002, la Cour estime le recours tardif et le déclare irrecevable.

## III. Les conditions liées à l'état médical de l'enfant et aux souffrances qu'il subit

11. Se pose à présent la question essentielle des conditions auxquelles le médecin doit satisfaire pour pouvoir procéder à l'euthanasie d'un enfant ou, pour certaines d'entre elles, d'un patient en général. Parmi celles-ci, les conditions liées à l'état médical de l'enfant et aux souffrances qu'il subit tiennent une place particulièrement importante.

Ainsi, il incombe avant tout au médecin de:

- s'assurer que le mineur subit une «situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance»<sup>(40)</sup> (1);
- consulter un autre médecin - «indépendant» et «compétent dans la pathologie concernée» - qui aura pour mission de vérifier si les conditions liées à la souffrance sont remplies et si l'affection dont souffre le patient est bien «grave et incurable»<sup>(41)</sup> (2). Cette deuxième condition est identique pour les patients majeurs et les patients mineurs non émancipés.

Ces conditions liées à l'état médical et aux souffrances du patient avaient pour la plupart d'ores et déjà été prévues par la loi du 28 mai 2002. Il convient cependant de s'y arrêter ici afin notamment de mettre en exergue les quelques particularités qui ont été prévues à cet égard par la loi du 28 février 2014. Nous évoquerons cependant également les aspects à propos desquels il n'existe pas de différences entre les majeurs et les mineurs émancipés, afin d'obtenir une vue d'ensemble des conditions liées à l'état médical et la souffrance qui doivent être observées lors de l'euthanasie d'un enfant.

### A. La situation médicale de l'enfant et les souffrances subies

#### a) Une situation médicale sans issue qui entraînera le décès à brève échéance

12. L'existence d'une «situation médicale sans issue» est requise tant pour les mineurs non émancipés que pour les autres. Il s'agit d'une situation (maladie, séquelles d'un accident...) à laquelle, dans l'état d'avancement actuel de la médecine, il ne peut être remédié. L'existence d'un remède offrant raisonnablement des chances

(40) Art. 3, § 1<sup>er</sup>, 4<sup>ème</sup> tiret de la loi du 28 mai 2002, inséré par l'article 2, c) la loi du 28 février 2014.

(41) Ibid. art. 3, § 2, 3<sup>o</sup>.

d'amélioration (pourvu qu'il soit susceptible d'être administré au patient tenant compte de son état) fait donc obstacle à la demande d'euthanasie.

Par ailleurs, et contrairement à ce qui est le cas pour les majeurs et les mineurs émancipés, les enfants ne peuvent faire l'objet d'une euthanasie que si la «*situation médicale sans issue*» entraînera le décès à «*brève échéance*»<sup>(42)</sup>. En d'autres termes, l'enfant doit se trouver dans le stade ultime précédant la mort (le texte de loi ne précise pas ce qui doit être entendu par une «*brève échéance*», mais il semble évident que l'espérance de vie ne peut dépasser quelques semaines). Sont donc exclues les affections qui, bien qu'incurables, ne devraient pas entraîner le décès de l'enfant (maladies chroniques...) ou seraient susceptibles de le causer à moyen ou long terme (maladies dégénératives, à moins qu'elles soient arrivées à leur stade terminal...).

Enfin, le décès de l'enfant à brève échéance ne doit pas constituer une éventualité (même probable). Au contraire, celui-ci doit être certain tenant compte de l'état d'avancement actuel de la médecine.

### b) Des souffrances physiques

13. Contrairement à ce qui est le cas pour les majeurs et les mineurs émancipés qui peuvent solliciter l'euthanasie en faisant état de souffrances physiques ou psychiques, les premières doivent nécessairement être présentes lorsqu'il s'agit d'enfants<sup>(43)</sup>. Cette différence, absente dans la proposition de loi des sénateurs J.-J. De Gucht, Ch. Defraigne et G. Swennen<sup>(44)</sup>, provient d'un amendement déposé par E. Sleurs<sup>(45)</sup>.

La sénatrice a ainsi rappelé, lors des débats en commission, que permettre l'euthanasie pour des souffrances exclusivement psychiques irait «*beaucoup trop loin*» et ne serait pas compatible avec diverses initiatives visant à lutter contre le suicide des jeunes. Aussi n'était-il pas question d'ouvrir l'euthanasie à des adolescents en dépression et las de vivre<sup>(46)</sup> (pour qui la condition du décès

à brève échéance n'aurait de toute façon pas été remplie). Tenant compte des auditions d'experts, qui ont révélé que la souffrance psychique est appréhendée différemment chez les jeunes que chez les adultes, un consensus est apparu en faveur de ladite limitation aux souffrances physiques<sup>(47)</sup>.

14. Le législateur n'a toutefois pas défini la notion de «*souffrances physiques*». Certains parlementaires se sont ainsi demandé si, par exemple, des dégénérescences musculaires (lorsqu'elles entraîneraient le décès à court terme) de type *myopathie de Duchenne (DMD)* pourraient entrer en ligne de compte<sup>(48)</sup>. Les débats à propos de cette question n'ont toutefois pas été approfondis davantage.

La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation semble, quant à elle, considérer que par les «*souffrances physiques*», il y a lieu d'entendre non seulement la douleur *stricto sensu*, mais également la cachexie (affaiblissement de l'organisme), la dyspnée (difficultés respiratoires), la dysphagie (difficultés au niveau de la déglutition), l'épuisement lié à des hémorragies, les obstructions digestives, les paralysies, les plaies ou les transfusions répétées<sup>(49)</sup>.

### c) Des souffrances insupportables

15. Le texte requiert l'existence de souffrances «*insupportables*». Se pose toutefois la question de savoir à partir de quand tel est le cas. Il était généralement enseigné, avant la loi du 28 février 2014, que cette appréciation relevait pour l'essentiel de la subjectivité du patient dans la mesure où le niveau de souffrance est difficilement mesurable «*objectivement*»<sup>(50)</sup> (ce qui est insupportable pour l'un, ne l'est pas forcément pour l'autre)<sup>(51)</sup>.

Ici également, la loi de 2014 introduit une différence entre les mineurs non émancipés et les autres. En effet, pour les majeurs et les mineurs émancipés il s'agit de souffrances dont le patient «*fait état*» alors que pour

(42) Comp. les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> tirets de l'art. 3, § 1<sup>er</sup> de la loi du 28 mai 2002. Cette condition n'était pas prévue dans la proposition de loi prise en considération, mais a été ajoutée à la suite de plusieurs amendements (dont certains émanent des auteurs de la proposition de loi eux-mêmes) - voy. amendements 7, 11 et 12 déposés au Sénat le 27 novembre 2013, Doc. parl. Sénat, session 2012-13, n° 2170/2 et 2170/3, www.senate.be. Comme le rappellent L. Veny et P. Goes, le terme «*brève échéance*» a été préféré à celui de stade «*terminal*», étant donné les problèmes d'interprétation que ce dernier adjectif pourrait susciter. S'appuyant sur l'avis de travailleurs de la santé, ces auteurs sont d'avis que la location «*brève échéance*» pourrait elle aussi se trouver à l'origine de telles difficultés - L. VENY et P. GOES, «*Een wereldprimeur : de uitbreiding van de Euthanasiewet naar niet-ontvoogde minderjarigen*», op. cit., n° 14.

(43) Comp. les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> (inséré par la loi du 28 février 2014) tirets de l'art. 3, § 1<sup>er</sup> de la loi du 28 mai 2002.

(44) Cfr. supra - n° 7.

(45) Voy. amendement n° 5 déposé au Sénat le 27 novembre 2013, Doc. parl. Sénat, session 2012-13, n° 5-2170/2, www.senate.be. Adde : L. VENY et P. GOES, op. cit., n° 13.

(46) Ibid.

(47) Voy. discussion des amendements n° 5, 7 et 12 déposés au Sénat, Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/4, www.senate.be, pp. 54 et s. Ainsi, le sénateur Laeremans a-t-il évoqué (lors de la discussion générale qui a précédé celle consacrée plus spécifiquement aux amendements) le cas médiatisé d'un homme ayant obtenu l'euthanasie à la suite des souffrances psychiques liées à l'échec d'une récente opération visant à changer de sexe et qui avait échoué - Doc. parl. Sénat, op. cit., n° 5-2170/4, p. 30.

(48) Voy. l'intervention d'A. du Bus de Warnaffe, Doc. parl. Sénat, op. cit., n° 5-2170/4, p. 65.

(49) Il s'agit en tout cas de celles mentionnées par les médecins ayant pratiqué l'euthanasie que la Commission classe parmi les «*souffrances physiques*» - voy. rapport 2012-2013 de la Commission, p. 9, à consulter sur www.health.belgium.be.

(50) W. DE BOND, «*De eerste evaluatie van de toepassing van de euthanasiewet : capita selecta en kanttekening*», op. cit., p. 86 et les auteurs y cités, dont spéc. T. VANSWEEVELT, «*De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid*», Rev. dr. santé 2002-2003, p. 240; Y.-H. LELEU et G. GENICOT, «*L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination*», Rev. trim. dr. h. 2004, p. 28.

(51) L'article 3, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup> de la loi de 2002 prévoyait cependant qu'il appartenait au médecin «*indépendant*» de se prononcer également sur ce point, de sorte que la perception n'était pas le seul critère (même s'il était le principal).



les enfants il est question uniquement de souffrances. Il semble ressortir de cette différence, qui est également apparue à la suite de l'amendement susmentionné de E. Sleurs<sup>(52)</sup>, que la souffrance devrait être constatée de manière plus «objective» pour les enfants.

#### d) Des souffrances constantes qui ne peuvent être apaisées

16. Enfin, le texte impose – tant pour les mineurs que pour les autres – encore deux conditions supplémentaires liées aux souffrances.

- Celles-ci doivent être *constantes*<sup>(53)</sup>. Sont, par exemple, exclues les douleurs qui apparaissent temporairement lors de moments de crise, mais qui cessent ensuite (à moins que ceux-ci aient lieu à répétition et avec une certaine fréquence)<sup>(54)</sup>. Il est permis de s'interroger sur la pertinence de cette limitation dans la mesure où il existe des douleurs qui sont très fortes, mais qui ne sont pas constantes, par exemple, chez certains patients atteints de cancers de l'os ou de mucoviscidose en phase terminale.
- Elles ne doivent *pas être susceptibles d'apaisement*<sup>(55)</sup>. Cette condition est à rapprocher de la nécessité d'une situation médicale «sans issue» et suppose que la médecine, dans son état actuel, demeure impuissante pour supprimer ou réduire considérablement la souffrance. Les rapports de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation<sup>(56)</sup> laissent supposer que cette condition est appréciée avec une certaine souplesse, dans la mesure où, par exemple, la possibilité de mettre de nombreux patients (provisoirement ou définitivement) hors d'état de conscience (afin qu'ils ne ressentent plus la souffrance) n'exclut pas qu'il puisse être procédé à l'acte légal.

### B. L'obligation de consulter un deuxième médecin

17. Il est stipulé à l'article 3, § 2, 3° de la loi de 2002 qu'un deuxième médecin «compétent dans la pathologie concernée»<sup>(57)</sup> doit être consulté. Cette obligation vaut tant pour les mineurs non émancipés que pour les autres patients.

La mission de ce deuxième médecin consiste à vérifier toutes les conditions liées à l'état médical de l'enfant : la gravité et le caractère incurable de l'affection ainsi que la nature constante, insupportable et inapaisable de la souffrance subie<sup>(58)</sup>. Cet examen doit être effectué *in concreto*, puisque le deuxième médecin doit prendre connaissance du dossier médical du patient et l'examiner<sup>(59)</sup>. Il ne lui suffirait pas, en d'autres termes, de se prononcer uniquement en fonction des dires du premier médecin ou d'un rapport communiqué par celui-ci en considérant *in abstracto* que le type d'affection y mentionné cause généralement des souffrances constantes, insupportables et inapaisables.

Le deuxième médecin «rédige un rapport concernant ses constatations»<sup>(60)</sup>, ce qui permet une vérification *a posteriori* par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, et, le cas échéant (si des poursuites étaient intentées), par le juge pénal.

Enfin, le résultat de l'examen effectué par le deuxième médecin est communiqué tant à l'enfant qu'à ses représentants légaux<sup>(61)</sup>.

18. Le médecin doit être informé des raisons de la consultation et doit être indépendant<sup>(62)</sup> vis-à-vis du patient et du médecin. Ceci signifie qu'il doit être en mesure de poser un diagnostic qui n'irait pas dans le sens de la demande d'euthanasie sans devoir craindre des conséquences au niveau personnel ou professionnel. À cet égard, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation a considéré (en ce qui concerne les majeurs) que le patient ne peut avoir consulté le deuxième médecin dans le passé<sup>(63)</sup>. De même, il ne peut pas s'agir d'un subordonné de celui qui pratiquerait l'euthanasie. La Commission admet cependant que le deuxième médecin soit le supérieur hiérarchique du premier<sup>(64)</sup>.

En ce qui concerne le «patient» envers qui le deuxième médecin doit être indépendant, il s'agit bien évidemment de l'enfant. Peut-être aurait-il été judicieux que le législateur prévoie également qu'il doive être indépendant également vis-à-vis des parents.

(52) Cfr. supra – n° 13.

(53) Ibid. art. 3, § 1<sup>er</sup>, 4<sup>ème</sup> tiret.

(54) W. DE BONDT, op. cit., p. 85.

(55) Art. 3, § 1<sup>er</sup>, 4<sup>ème</sup> tiret de la loi du 28 mai 2002 (modifiée par la loi du 28 février 2014).

(56) Pour la période 2003-2004 il s'agissait d'un médecin généraliste, d'un spécialiste et d'un spécialiste en soins palliatifs dans respectivement 32,5 %, 48 % et 19,5 % - voy. le rapport 2003 – 2004 de la Commission cité par W. DE BONDT, «De eerste evaluatie van de toepassing van de euthanasiewet : capita selecta en kanttekening», op. cit., p. 89.

(57) Ibid.

(58) Art. 3, § 2, 3° de la loi du 28 mai 2002.

(59) Ibid.

(60) Ibid.

(61) Ibid., art. 3, § 2, 7° in fine.

(62) Les sénatrices E. Van Hoof et C. Franssen estimaient que cette indépendance n'était pas garantie dans les faits, puisque c'est le premier médecin qui désigne le deuxième. Aussi ont-elles proposé qu'il soit désigné par l'Ordre des médecins ou par le médecin chef de service - voy. amendements n°s 11 et 14 déposés par E. Van Hoof et C. Franssen - Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/2, www.senate.be.

(63) Voy. le rapport de la Commission 2003 – '04 cité par W. DE BONDT, op. cit., p. 89.

(64) Ibid.



## IV. Les conditions liées à la demande d'euthanasie par l'enfant

19. Outre les conditions liées à l'état médical et aux souffrances de l'enfant, il est requis que celui-ci possède une «*capacité de discernement*»<sup>(65)</sup> permettant de formuler une demande d'euthanasie (1), mais aussi que celle-ci soit provienne de l'enfant lui-même et, comme pour le majeur, qu'elle soit «*formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure*»<sup>(66)</sup> (2).

### A. L'enfant demandeur doit posséder la «capacité de discernement»

#### a) La «capacité»

20. Comme l'a souligné J.-L. Renchon dans l'avis écrit que les sénateurs lui avaient sollicité avant l'adoption de la loi de 2014, le choix du terme «*capacité*» est malheureux.

En effet, l'auteur de cet avis rappelle que «*la capacité est «la compétence d'exercer ses droits et devoirs soi-même et de façon autonome» (article 491 nouveau Code civil rétabli par la loi du 17 mars 2013)*»<sup>(67)</sup> (le terme «*capable*» apparaît d'ailleurs une première fois dans ce sens à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de la loi de 2002), ce qui n'est pas le cas du mineur. Celui-ci<sup>(68)</sup> «*peut par contre être doté d'une «faculté» - pleine et entière ou amoindrie - de discernement*». La locution précitée désigne donc une faculté, une aptitude, dans le chef de l'enfant.

#### b) Le «discernement»

21. La notion de «*discernement*» apparaît également dans des textes autres que les dispositions en matière d'euthanasie des mineurs.

Ainsi, il est notamment stipulé à l'article 12, alinéa 1<sup>er</sup> de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CIDE) du 20 novembre 1989<sup>(69)</sup> que «*les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité*». De même, l'article 22bis de la Constitution prévoit que «*chaque enfant*

*a le droit de s'exprimer sur toute question qui le concerne; son opinion est prise en considération, eu égard à son âge et à son discernement*».

Aucun de ces textes ne précise toutefois ce qu'il y a lieu d'entendre par le «*discernement*».

22. En ce qui concerne les demandes d'euthanasie, certains auteurs ont suggéré que le «*discernement*» suppose «*une maturité certaine et une conscience aigüe de sa propre situation*»<sup>(70)</sup>. L'exigence d'une conscience «*aigüe*» de l'enfant de sa propre situation semble correspondre aux intentions du législateur, dans la mesure où il est prévu à l'article 3, § 2, 1<sup>o</sup> de la loi de 2002 sur l'euthanasie que le médecin doit «*informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences*».

Il en ressort donc que, pour disposer de la capacité de discernement, l'enfant doit :

- être en mesure de savoir s'il souhaite ou non être euthanasié et de l'exprimer;
- disposer d'une clairvoyance suffisante à propos de sa situation (médicale) et des perspectives (notamment au niveau des soins palliatifs) qui lui restent.

23. Enfin, la faculté de discernement ne se confond pas entièrement avec la *conscience*, également requise à l'article 3, § 1<sup>er</sup> de la loi de 2002 et qui elle non plus n'a pas été définie par le législateur. Si différentes acceptions sont données à la notion de «*conscience*» en médecine, en psychiatrie et en philosophie<sup>(71)</sup>, elle doit manifestement être comprise comme un état d'éveil permettant au patient de percevoir son entourage, d'interagir avec celui-ci et d'adapter son comportement en conséquence. L'état de conscience s'oppose donc, par exemple, au coma, au sommeil ou à l'évanouissement. Il peut généralement apparaître et disparaître à intervalles réguliers. Ainsi, un nourrisson ou une personne démente peuvent être conscientes, mais ne pas (encore) ou (ne plus) disposer de la faculté de discernement.

(70) C. ROMMELAERE, «Euthanasie des «enfants» et des «déments»... Réflexions sur les propositions de loi», op. cit., n° 25. Un des principaux points de discussion lors des débats qui ont précédé l'adoption de la loi du 28 février 2014 avait trait à la question de savoir si un mineur pouvait être capable d'un tel discernement. Pour certains experts, la maladie génère souvent une grande maturité dans leur chef, alors que d'autres estiment que les enfants malades vivent au jour le jour, ne réalisent pas le caractère définitif de la mort, voire pourraient s'avérer demandeurs d'euthanasie afin de ne plus constituer une charge pour leurs proches qui ne supportent plus de les voir souffrir – voy. à ce sujet L. VÉNY et P. GOES, «Een wereldprimeur : de uitbreiding van de Euthanasiewet naar niet-ontvoogde minderjarigen», R.W. 2014-2015, p. 163, n° 9 à 12 et les travaux parlementaires auxquels il y est référé. La question de la faculté de discernement a longuement été abordée par les experts auditionnés en commission au Sénat – Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/8, www.senate.be.

(71) Voy. à cet égard, A. DE MIJOLLA (dir.), Dictionnaire international de la psychanalyse. Concepts, notions, biographies, œuvres, événements, institutions, Hachette Littératures, pp. 371-372.

(65) Art. 3, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> et 4<sup>ème</sup> tiret de la loi du 28 mai 2002, respectivement modifié et introduit par l'art. 2 a) et c) de la loi du 28 février 2014.

(66) Art. 3, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> tiret de la loi du 28 mai 2002.

(67) Avis écrit adressé par J.-L. Renchon aux commissions parlementaires réunies, repris intégralement dans le rapport des travaux parlementaires du Sénat, Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/4, www.senate.be.

(68) Ibid.

(69) Ratifiée par la Belgique le 4 décembre 1990.

De manière évidente, le patient peut utiliser sa faculté de discernement uniquement lorsqu'il est conscient. Il est ainsi permis de penser qu'en cas d'amoindrissement de la conscience (par exemple lorsque le patient se trouve dans un coma léger lui permettant cependant quelques paroles ou réactions limitées – voire «*basiques*» – à la suite des *stimuli* extérieurs), il n'est pas satisfait au prescrit légal.

### c) La détermination de la «capacité de discernement»

24. Le nouvel article 3, § 2, 7° inséré le 28 février 2014<sup>(72)</sup> dans la loi de 2002 précise que le médecin doit «*lorsque le patient est mineur, consulter un pédopsychiatre ou un psychologue, en précisant les raisons de cette consultation. Le spécialiste consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure de la capacité de discernement du mineur, et l'atteste par écrit. Le médecin informe le patient et les représentants légaux du mineur du résultat de cette consultation*». L'intervention de ce pédopsychiatre ou psychologue est donc axée uniquement sur la détermination de la «*capacité de discernement*».

Les exigences requises par le texte précité (prise de connaissance du dossier médical, examen du patient) impliquent nécessairement que la faculté de discernement doit être établie *in concreto* par le spécialiste consulté (il ne lui serait ainsi pas permis de s'appuyer sur la considération *in abstracto* que tous les adolescents disposent de ladite faculté à partir d'un certain âge<sup>(73)</sup>).

Si le médecin devant pratiquer l'euthanasie conservait des doutes à propos du sérieux avec lequel le spécialiste s'est acquitté de sa mission, il lui incomberait (provisoirement) de ne pas procéder à l'acte légal. Rien n'empêcherait cependant qu'il fasse appel à un deuxième spécialiste dans la mesure où il ne pourrait être tenu compte du premier avis (lacunaire). Il conviendrait cependant que le médecin demeure prudent avant de remettre en cause un avis estimant que l'enfant ne dispose pas de la faculté de discernement. Si des poursuites pénales étaient entreprises contre lui (par exemple, à la suite de la plainte

d'un proche<sup>(74)</sup>) après le décès de l'enfant, il risquerait de se voir reprocher d'avoir procédé à une euthanasie alors que la faculté de discernement était douteuse et de s'exposer ainsi à de (très) lourdes condamnations<sup>(75)</sup>.

Les auteurs de la proposition ayant mené à la loi du 28 février 2014 ont par ailleurs précisé que «*les tiers ne sont pas exonérés*» de la responsabilité pénale, car ils ne l'«*endossent*» pas. «*Ils sont simplement consultés*»<sup>(76)</sup>. Cette affirmation mérite cependant d'être quelque peu nuancée. Il est certes exact que seul le médecin pratiquant une euthanasie en sachant que les différentes conditions – dont celle du discernement de l'enfant – ne sont pas remplies peut être considéré comme l'auteur des crimes précités<sup>(77)</sup>. Le psychologue ou le pédopsychiatre pourraient cependant être considérés comme complices (voire même comme coauteurs) dudit médecin au sens des articles 66, 67 et 68 du Code pénal s'ils avaient sciemment collaboré à l'infraction, par exemple, en rédigeant une attestation de complaisance en vue de «*couvrir*» l'acte légal illicite<sup>(78)</sup>.

De même, le médecin qui croit par erreur mais, de bonne foi, que l'enfant dispose de la faculté de discernement, notamment en ayant égard au résultat de la consultation du pédopsychiatre ou du psychologue, ne commet pas d'infraction (il pourrait cependant engager sa responsabilité civile si l'erreur commise n'était pas «*invincible*»)<sup>(79)</sup>.

### d) Moment auquel l'enfant doit disposer de la «capacité de discernement»

25. Il ressort de l'article 3, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> tiret de la loi de 2002<sup>(80)</sup> que la capacité de discernement doit être acquise uniquement lorsque l'enfant manifeste la volonté d'être euthanasié («*au moment de sa demande*»), mais pas, par exemple,

(72) Art. 2 d) de la loi du 28 février 2014.

(73) Une telle approche serait diamétralement opposée aux intentions du législateur qui, contrairement à ce que prévoyait certaines propositions de loi, a surtout voulu éviter le maintien d'une limite d'âge - L. VENY et P. GOES, op. cit., n° 9 et les travaux parlementaires auxquels il y est référé. Cette option diffère de celle qui a été retenue aux Pays-Bas où le législateur a prévu plusieurs limites d'âge. En effet, si aucune demande d'euthanasie ne peut y être accueillie avant l'âge de 12 ans, celle-ci nécessitera pour les adolescents entre 12 et 16 ans l'accord des parents ou du tuteur. Après l'âge de 16 ans l'accord des parents (ou du tuteur) de l'adolescent n'est plus requis. Voy. loi néerlandaise du 12 avril 2001, art. 2.3 et 2.4, à consulter sur [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl).

(74) Les poursuites pénales intentées par le parquet ou à la suite d'une plainte avec constitution de partie civile d'un des proches de l'enfant euthanasié demeurent (théoriquement) possibles, y compris lorsque la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation n'a pas considéré devoir transmettre le dossier au procureur du Roi (par exemple - mais pas exclusivement - si cette plainte repose sur des faits qui n'apparaissent pas dans la déclaration adressée par le médecin à la Commission). Voy. G. SCHAMPS et M. VAN OVERSTRAETEN, op. cit., p. 347 - «La Commission se prononce dans un délai de deux mois. Si elle estime, à la majorité des deux tiers, que les conditions légales n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient pour d'éventuelles poursuites pénales. Celles-ci peuvent toutefois également être lancées d'office, sans qu'une intervention de la Commission soit nécessaire»; Y. LELEU et G. GENICOT, «L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination», Rev. trim. Dr. H. 2004, liv. 57, p. 5, n° 53 et l'intervention du député T. Van Parijs à la Chambre lors des débats qui ont précédé l'adoption de la loi du 28 mai 2002, Doc. parl. Chambre, 50<sup>ème</sup> législature, n° 1488/009, [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be), p. 90.

(75) Cfr. supra - n° 5.

(76) Voy. Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/4, interventions du sénateur Ph. Mahoux, [www.senate.be](http://www.senate.be), p. 46.

(77) Cfr. supra - n° 5.

(78) Les complices sont ceux qui ont apporté une aide utile à la réalisation de l'infraction, alors que les coauteurs ont directement participé à son exécution. Voy. à ce sujet C. HENNAU et J. VERHAEGEN, op. cit., n° 299 et 300.

(79) Cfr. supra - n° 5.

(80) Modifié par l'art. 2 a) de la loi du 28 février 2014.

au moment où l'acte légal est réalisé. Celui-ci semble donc encore pouvoir être effectué lorsque, postérieurement à la manifestation de ladite volonté, l'enfant a perdu conscience ou lorsque ses facultés mentales ont été altérées par les effets de la maladie ou des médicaments.

## B. Une demande volontaire, répétée et réfléchie de l'enfant

26. Il ne suffit pas que l'enfant dispose de la faculté de discernement. Encore faut-il que la demande d'euthanasie émane de lui et qu'elle soit «volontaire, répétée et réfléchie». Ces conditions sont identiques pour les mineurs non émancipés et pour les autres patients. Il convient cependant de les évoquer brièvement ici, à la fois par souci d'exhaustivité et afin de mettre en exergue la manière dont elles s'appliquent aux enfants.

### a) La demande doit être volontaire et provenir de l'enfant

27. Il ressort de plusieurs dispositions de la loi sur l'euthanasie que l'initiative doit provenir de l'enfant lui-même. Ainsi, est-il fait état à plusieurs reprises de la «demande» du patient et pas uniquement de son consentement.

Les travaux parlementaires démontrent que les sénateurs et députés y ont été particulièrement attentifs tant en 2002 qu'en 2014<sup>(81)</sup>. Ainsi, a-t-il été précisé que ladite demande doit être «volontaire» et ne pas résulter «de pressions extérieures»<sup>(82)</sup>.

Elle doit par ailleurs être actée par écrit dans un document «rédigé, daté et signé» par l'enfant lui-même (ou, s'il n'est pas en état de le faire, par une personne majeure qu'il aura désignée et qui n'a «aucun intérêt matériel» à son décès)<sup>(83)</sup>. Le texte n'exclut pas expressément qu'il puisse s'agir des représentants légaux de l'enfant ou de l'un d'eux. Toutefois, les représentants légaux sont les parents dans la plupart des cas. Or ceux-ci auraient, strictement parlant (et bien qu'il soit permis de considérer que presque tous les parents soient très éloignés de ce type de préoccupations), en principe un «intérêt matériel» au décès de leur enfant. Ils portent en effet le coût de la vie quotidienne de l'enfant et ils en sont normalement les héritiers (réservataires).

La déclaration est versée au dossier médical, mais en sera retirée si l'enfant la rétracte<sup>(84)</sup> (ce qu'il peut faire «à tout

moment»<sup>(85)</sup>).

28. Certains experts auditionnés par les sénateurs avant l'adoption de la loi de 2014 ont toutefois «mis en garde contre le fait que les enfants en souffrance réagissaient comme de véritables «éponges» par rapport aux souffrances de leurs proches, répercutant des demandes tacites de leurs proches pour qui il est difficile d'envisager la fin de vie d'un enfant»<sup>(86)</sup>. Or il est tout à fait possible que l'enfant dispose de la capacité de discernement et que sa demande soit «réfléchie et répétée»<sup>(87)</sup>, alors que le véritable motif qui la sous-tend n'est pas d'échapper à la souffrance – même si celle-ci est constante, inapaisable et insupportable – mais de répondre à un souhait tacite (réel ou imaginé) de son entourage de ne plus avoir à supporter la charge de sa maladie.

Les textes adoptés ne précisent cependant pas s'il existe des motifs «valables» pour des demandes d'euthanasie et d'autres qui ne le seraient pas. Par ailleurs, il n'est imposé nulle part aux médecins et au pédopsychiatre ou au psychologue de mettre au jour les motifs de la demande (si ce n'est pour vérifier qu'elle est volontaire, répétée et réfléchie). Dans la mesure où l'intention du législateur a clairement été en 2014 de dépénaliser partiellement l'euthanasie des mineurs non émancipés dans le but de leur éviter de souffrir<sup>(88)</sup>, il nous semble regrettable que le législateur n'ait pas apporté davantage de précisions sur ce point.

Il serait toutefois permis de s'interroger sur le caractère «volontaire» d'une euthanasie demandée pour d'autres motifs que celui d'échapper une souffrance insoutenable et constante. Nous pensons toutefois qu'une demande exprimée pour d'autres motifs (par exemple, celui d'éviter d'être une charge pour les parents) peut demeurer «volontaire» dans la mesure où il est possible de vouloir quelque chose pour de «mauvaises» raisons. Tel ne serait cependant pas le cas si la volonté de l'enfant avait été altérée, par exemple, par des pressions exercées par l'entourage (réellement ou dans la perception de l'enfant). Dans la mesure où l'enfant estimerait ne plus réellement avoir le choix de solliciter ou de ne pas solliciter l'euthanasie, sa demande ne pourrait plus être considérée comme «volontaire».

### b) La demande doit avoir été répétée à plusieurs reprises

29. Il est ensuite précisé à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> tiret de la

(81) Voy. Doc. parl. Sénat, session 2000-2001, n° 2-244 et session 2012-2013, n° 5-2170, [www.senate.be](http://www.senate.be), ainsi que Doc. parl. Chambre, 49<sup>ème</sup> législature, n° 50-1488 et 53<sup>ème</sup> législature, n° 50, [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be).

(82) Art. 3, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> tiret de la loi du 28 mai 2002

(83) Ibid., art. 3, § 4.

(84) Ibid.

(85) Ibid., art. 4, in fine.

(86) Intervention du sénateur A. du Bus de Warnaffe lors de la discussion générale qui a suivi les auditions, Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170, [www.senate.be](http://www.senate.be). Addé: L. VENY et P. GOES, «Een wereldprimeur : de uitbreiding van de Euthanasiewet naar niet-ontvoogde minderjarigen», op. cit., n° 10.

(87) Cfr. infra – n° 29 et 30.

(88) Voy. spéc. les motifs qui accompagnent le projet de loi déposé par Ph. Mahoux, J.-J. De Gucht, Ch. Defraigne et G. Swennen, Doc. parl. Sénat, session 2000-2001, n° 2-244 et session 2012-2013, n° 5-2170/1.



loi de 2002 que la volonté du patient doit notamment être «répétée»<sup>(89)</sup> et au § 2 que le médecin doit avoir plusieurs entretiens «espacés d'un délai raisonnable» avec lui. Il ne serait, par conséquent, pas possible de procéder à l'euthanasie d'un enfant qui aurait certes fait part de son souhait, mais qui ne l'aurait plus réitéré ensuite, voire qui aurait perdu (une partie de) ses facultés mentales rapidement après sa première rencontre avec le médecin.

### c) La demande doit avoir été «réfléchie»

30. L'article 3, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> tiret précité prévoit qu'il doit s'agir d'une demande «réfléchie». Ne sont donc pas satisfaisantes les demandes, même répétées, qui, par exemple, seraient émises de manière impulsive par l'enfant dans des élans de découragement.

Par ailleurs, cette disposition est à rapprocher du § 2, 1<sup>o</sup> du même article où il est stipulé qu'il appartient au médecin d'«informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie et se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences». Une telle demande réfléchie suppose qu'elle soit formulée en connaissance de cause et, par conséquent, que le patient ait reçu préalablement une information suffisante.

Une application «raisonnable» aux enfants de ces textes supposerait que le médecin fasse preuve d'une certaine pédagogie – le cas échéant en se faisant assister – tenant compte de leur âge, de leur situation et de leur personnalité.

## V. L'accord des «représentants légaux»

31. L'article 3, § 2, 7<sup>o</sup> de la loi du 28 mai 2002, inséré par la loi du 28 février 2014, requiert enfin que «le médecin traitant s'entretient avec les représentants légaux du mineur en leur apportant toutes les informations visées au § 2, 1<sup>o</sup>, et s'assure qu'ils marquent leur accord sur la demande du patient mineur»<sup>(90)</sup>. Il est par ailleurs stipulé au § 4 du même article que «la demande du patient, ainsi que l'accord des représentants légaux si le patient est mineur, sont actés par écrit»<sup>(91)</sup>.

### A. Les «représentants légaux»

32. Le texte précité requiert l'accord des «représentants légaux» face à la demande d'euthanasie.

(89) L'art. 3, § 2, 2<sup>o</sup> fait état d'une volonté «réitérée», ce qui ne nous semble pas avoir d'autre signification que la volonté «répétée».

(90) Art. 2 d) de la loi du 28 février 2014.

(91) Ibid., art. 2 f).

Il ressort des articles 373 et (surtout) 376 du Code civil que ce sont les père et mère qui *représentent* l'enfant lorsqu'ils exercent conjointement l'autorité parentale<sup>(92)</sup>. Le parent qui, au contraire, exerce exclusivement cette autorité, représente seul l'enfant «*sous réserve des exceptions établies par la loi*». Le législateur n'a toutefois pas prévu d'exception en ce qui concerne les demandes d'euthanasie. Par conséquent, l'accord requis par le nouvel article 3, § 2, 7<sup>o</sup> et § 4 de la loi du 28 mai 2002 devra être donné par les deux parents ou par l'un d'entre eux selon que l'autorité est exercée conjointement ou exclusivement.

L'accord devra être donné par les adoptants<sup>(93)</sup>, par le tuteur<sup>(94)</sup> ou par la personne désignée par le juge en application de l'article 34 de la loi du 8 avril 1965<sup>(95)</sup> dans la mesure où ils sont – et non plus les parents (d'origine) – les représentants légaux de l'enfant.

Ne doivent donc pas marquer leur accord par rapport à la demande d'euthanasie : le parent qui n'exerce pas l'autorité et le(s) parent(s) d'origine en cas d'adoption (simple ou pléniaire), le parent déchu de l'autorité. De même, le consentement d'autres proches de l'enfant (beau-parent, grands-parents, frères et sœurs, le «tuteur officieux»<sup>(96)</sup>...) n'est pas non plus requis étant donné qu'ils ne sont pas ses représentants légaux, même s'ils hébergent l'enfant.

33. La lecture des travaux préparatoires démontre que les sénateurs et députés n'ont pas débattu de la question de l'opportunité de requérir également le consentement – ou à tout le moins l'avis – d'autres adultes de l'entourage de l'enfant (père ou mère qui ne serait pas le représentant légal, personnes qui *de facto* assument la fonction parentale...).

Une des conséquences en est que, par exemple, le parent qui n'exerce pas l'autorité doit consentir à l'adoption de son enfant<sup>(97)</sup>, mais pas à son euthanasie. De même, rien n'obligerait légalement le médecin d'impliquer dans la procédure menant (le cas échéant) à l'euthanasie la

(92) En ce qui concerne l'exercice (conjoint ou exclusif) de l'autorité parentale, voy. les articles 373 et 374, § 1<sup>er</sup> du Code civil. *Addé* : J.-L. RENCHON, «La nouvelle réforme législative de l'autorité parentale», *Rev. trim. dr. fam.* 1995, p. 361; J. SOSSON, «L'autorité parentale conjointe. Des vœux du législateur à la réalité», *Ann. dr. Louvain* 1995, p. 115; T. MOREAU, «La loi du 13 avril 1995 relative à l'exercice conjoint de l'autorité parentale», *Divorce*, 1995, liv. 7, p. 97; E. VIEUJEAN, «L'autorité parentale», *Chronique du droit à l'usage du notariat*, volume XXII, 26 octobre 1995, *Faculté de droit de Liège*, p. 181.

(93) Seul l'(les) adoptant(s) doit (doivent) consentir, qu'il s'agisse d'une adoption simple ou d'une adoption pléniaire – voy. art. 353-8, 359-9 et 356-1 du Code civil.

(94) Voy. art. 404 du Code civil.

(95) Cette personne devient le représentant légal de l'enfant en cas de déchéance totale de l'autorité parentale. En cas de déchéance partielle, il convient de vérifier, dans la décision qui le prévoit, si le(s) parent(s) a (ont) également été privé(s) du droit de représenter l'enfant – cfr. art. 33 de la loi du 8 avril 1965.

(96) Celui-ci n'exerce en effet pas l'autorité parentale, cfr. art. 475quater (dernière phrase) du Code civil.

(97) Voy. art. 348-3 du Code civil.



grand-mère chez qui l'enfant vivrait et qui l'aurait soigné durant toute sa maladie<sup>(98)</sup>. Par contre, le consentement d'un père ou d'une mère totalement absent(e) de la vie de l'enfant est requis tant qu'il (elle) exerce conjointement l'autorité avec l'autre parent (qui pourrait cependant solliciter l'exercice exclusif en invoquant l'attitude démissionnaire).

Ce faisant, le législateur a requis l'accord de ceux à qui la loi a confié la mission de représenter l'enfant dans divers actes juridiques qu'il ne peut accomplir lui-même à cause de son incapacité. Une alternative aurait été de prévoir une exception, vu le caractère particulier des demandes d'euthanasie, en exigeant également le consentement d'autres adultes qui, étant donné leur proximité avec l'enfant, sont peut-être plus à-mêmes de savoir ce qui correspond à son intérêt et à son vécu. Une telle exigence aurait sans doute permis de pallier en partie la difficulté des motifs sous-jacents que nous avons évoquée plus haut<sup>(99)</sup>. Il est en effet probable que celui qui est proche de l'enfant se trouve davantage en mesure de connaître et de comprendre les véritables motifs de sa demande (et il est sans doute permis de penser que les représentants légaux - même s'il s'agit en principe des parents - ne sont pas *toujours* ses confidents).

## B. L'«accord»

34. Le § 4 de l'article 3 de la loi du 28 mai 2002, modifié par la loi du 28 février 2014<sup>(100)</sup>, précise que l'accord des représentants légaux<sup>(101)</sup> doit être *acté par écrit*.

Contrairement à ce qui est stipulé pour l'enfant, il n'est pas prévu que les parents rédigent eux-mêmes le document attestant leur consentement (rien dans le texte légal n'oblige qu'il s'agisse d'un écrit distinct de celui où l'enfant fait état de sa demande). Il n'a, par contre, pas été précisé lors des débats parlementaires s'ils doivent à tout le moins *signer* eux-mêmes l'écrit attestant de leur consentement. La prudence devrait cependant inciter le médecin à recueillir la signature de chaque représentant légal afin de se prémunir au mieux contre des contestations ultérieures.

Quoi qu'il en soit, l'utilisation du pluriel dans le texte dudit article 3, § 4 pour désigner les représentants légaux et l'obligation du médecin mentionnée au § 2, 7° de s'«assurer» de leur accord (ce qui semble indiquer qu'il

doit vérifier ce point activement) excluent qu'il puisse se satisfaire de l'accord de l'un d'entre eux (lorsqu'ils sont deux) et se retrancher derrière la présomption formulée aux articles 373 et 376 du Code civil en faveur du tiers de bonne foi<sup>(102)</sup>.

Se pose enfin la question de savoir s'il demeure loisible à un représentant légal de se rétracter après avoir marqué son accord par écrit. S'il ressort du dernier alinéa du § 4 de l'article 3 de la loi de 2002 que le patient peut révoquer sa demande, il n'y est fait aucune mention d'une possibilité de se rétracter pour les parents. Force est de constater que le législateur n'a pas précisé si le consentement des représentants légaux doit être *persistant* ou si un accord donné à un moment précis est suffisant. Dans le doute, il demeure plus prudent pour le médecin de s'abstenir de poser l'acte légal si un des parents s'est rétracté.

## VI. Autres conditions

35. L'article 3, § 1<sup>er</sup>, 4°, 5° et 6° de la loi du 28 mai 2002 prévoit enfin encore deux conditions supplémentaires par rapport à celles que nous avons évoquées. Aucune modification n'a toutefois été apportée par la loi de 2014 sur ce point.

- Tout d'abord, «*s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient*», le médecin doit «*s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci*»<sup>(103)</sup>. Par équipe soignante, il doit être entendu les médecins, infirmiers et aides-soignants qui s'occupent de l'enfant. Le terme «*équipe*» est d'ailleurs quelque peu malheureux, étant donné qu'il semble requérir que les intervenants précités fonctionnent ensemble, ce qui n'est pas forcément le cas. Dans la mesure où 43 % des euthanasies sont pratiquées à domicile<sup>(104)</sup>, cette condition ne s'applique pas à toutes les demandes. En effet, lorsque l'enfant est soigné à domicile, il n'y a pas *forcément* d'intervention d'une «*équipe*» (bien que rien ne l'exclue). De plus, le médecin garde le choix de s'entretenir avec l'ensemble des membres de l'équipe (individuellement ou lors d'une réunion à laquelle ils seraient tous convoqués) ou seulement avec ceux avec qui il l'estime opportun.
- Ensuite, l'enfant doit avoir la possibilité de s'entretenir de sa demande avec des proches (si telle est sa

(98) Sauf si l'enfant lui-même le lui demande – art. 3, § 2, 6° de la loi du 28 mai 2002.

(99) Cfr. supra – n° 28.

(100) Art. 2 d) et f) de la loi du 28 février 2014.

(101) Cfr. supra. Certains sénateurs ont proposé de supprimer l'obligation de recueillir l'accord des parents, étant donné que l'enfant doit disposer de la capacité de discernement – voy. amendements n° 9 et 10 déposés par C. Thibaut et Z. Khattabi – Doc. parl. Sénat, session 2012-2013, n° 5-2170/2., www.senate.be.

(102) Aux termes de ces dispositions le tiers de bonne foi peut présumer, lorsqu'un parent pose un acte, que l'autre parent marque également son accord. Voy. à ce sujet J.-L. RENCHON, «La nouvelle réforme législative de l'autorité parentale», op. cit., n° 32 à 41, spéc. n° 34, 38 et 40 et J. SOSSON, «L'autorité parentale conjointe. Des vœux du législateur à la réalité», op. cit., n° 7 à 11, spéc. n° 9 et 10.

(103) Art. 3, § 1<sup>er</sup>, 4° de la loi du 28 mai 2002.

(104) Rapport 2012-2013 de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, op. cit., p. 7. Ces chiffres ont trait aux euthanasies d'adultes, et pourraient, dans le futur, s'avérer très différents pour les enfants.

volonté) et/ou avec «*toute personne qu'il désigne*»<sup>(105)</sup> (il peut s'agir d'amis, d'autres médecins, d'un psychologue autre que celui qui doit apprécier sa capacité de discernement, voire même d'un représentant du culte). Ces personnes n'ont pas le droit de s'opposer à la demande d'euthanasie<sup>(106)</sup>. L'ajout «*si telle est sa volonté*» en ce qui concerne les proches signifie que l'enfant n'est pas obligé de les informer de sa démarche.

## Conclusion

36. L'examen des conditions mises en place par les lois des 28 mai 2002 et 28 février 2014 démontre que le législateur a incontestablement eu à cœur de prévoir les balises nécessaires pour s'assurer que la demande d'euthanasie procède bien de la volonté de l'enfant.

La part d'autonomie laissée au patient est cependant très différente selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. Ainsi, l'accès du premier à l'euthanasie est-il limité au seul cas où il endure des souffrances physiques et où son état mènera certainement à son décès à brève échéance. De plus, il semble que le caractère insupportable des souffrances qu'il endure devra être constaté plus objectivement que pour les adultes. Enfin, l'acte légal sur un mineur non émancipé pourra être pratiqué uniquement lorsque les représentants légaux ont eux aussi marqué leur accord.

37. Notre analyse des conditions auxquelles il doit être satisfait afin de procéder à l'euthanasie d'un mineur non émancipé, nous a également mené à émettre quelques critiques à l'encontre du travail législatif.

Il nous a ainsi semblé regrettable qu'il n'ait pas été fait de distinction entre des motifs sous-jacents de la demande d'euthanasie qui pourraient la justifier et d'autres qui ne le pourraient pas. Les textes adoptés n'imposent à aucun des intervenants de mettre au jour ces motifs. Certes, rien n'empêchait le législateur de donner une liberté quasi absolue au mineur doté de discernement sur ce point, mais force est de constater, à la lecture des travaux préparatoires, que telle n'a pas été son intention.

Par ailleurs, en requérant l'accord des seuls «*représentants légaux*», le législateur n'a pas permis à la voix d'autres confidents et proches – à commencer par celle du père ou de la mère qui n'exerce pas l'autorité parentale – d'être entendue dans le cadre de la procédure devant mener (le cas échéant) à l'euthanasie. Or il pourrait arriver que

ceux-ci soient davantage au courant des désirs profonds de l'enfant, qui ne correspondent pas forcément à ce qu'il a exprimé devant ses médecins et ses représentants légaux.

38. Aussi concluons-nous en formulant deux suggestions (d'ordre technique) à l'intention du législateur.

- Il nous semblerait cohérent avec l'ensemble du système mis en place, de prévoir à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, 7<sup>o</sup> de la loi sur l'euthanasie que le psychologue ou le pédopsychiatre consulté par le médecin aura également pour mission de mettre au jour (dans la mesure du possible) les motifs qui sous-tendent la demande d'euthanasie. Peut-être le législateur pourrait-il par la même occasion préciser que certains motifs (éviter d'être une charge pour l'entourage...) ne sont pas admissibles.
- Force est par ailleurs de constater que le contrôle du respect des conditions par le médecin a actuellement lieu *a posteriori*. Or les conséquences potentielles sur le plan pénal pour le médecin seraient particulièrement lourdes s'il s'avérait, après le décès de l'enfant, que toutes les conditions n'avaient pas été respectées scrupuleusement. La disproportion desdites conséquences pour le médecin et le caractère malheureusement irréparable du décès (prématuré) de l'enfant, pourraient être de nature à inciter la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (ou les magistrats) à interpréter lesdites conditions d'une manière (trop ?) large<sup>(107)</sup>. Notre suggestion consiste dès lors à créer (éventuellement au sein de la Commission) une instance qui pourrait être saisie par des proches (y compris s'ils ne sont pas les représentants légaux) avant que l'acte légal soit pratiqué. Il est évident que cette instance, qui aurait pour mission exclusive de vérifier *a priori* le respect des conditions, devrait pouvoir se prononcer très rapidement. L'avantage résiderait à la fois dans l'évitement d'euthanasies qui ne seraient pas conformes à la loi et dans la plus grande sécurité juridique qui serait offerte au médecin (le risque de poursuites pénales serait restreint, voire réduit à néant, s'il pouvait se prévaloir d'un avis conforme de l'instance).

La mise en place desdites suggestions permettrait, dans la mesure où le législateur a rendu possible l'euthanasie des mineurs non émancipés, de garantir davantage les équilibres recherchés par les lois des 28 mai 2002 et 28 février 2014.

(105) Art. 3, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> de la loi du 28 mai 2002.

(106) Elles pourraient toutefois informer le médecin ou ses supérieurs, les représentants légaux, voire même le procureur du Roi si elles estimaient qu'il n'était pas satisfait à certaines des conditions évoquées (par exemple, si l'enfant ne disposait pas du discernement requis, nourrissait des doutes à propos de sa demande, était mis sous pression...).

(107) Certains ont ainsi relevé que, bien que la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation ait examiné plus de 15.000 dossiers depuis sa création en 2002, aucun d'entre eux n'a jusqu'à présent été transmis au parquet - Voy. Doc. parl. Sénat, session 2012-13, n° 5-2170/4, interventions de la sénatrice E. Van Hoof, [www.senate.be](http://www.senate.be), pp. 36 et 42.